付　　録

・生活支援サービスのコーディネーターに関する研究フォーラム使用資料
・グループワークシート
・アンケート票

資料①

介護保険制度の改正について

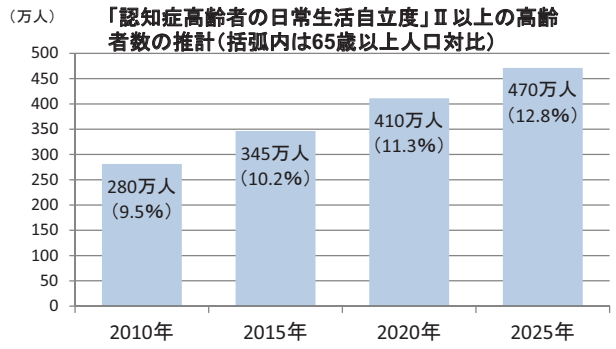
平成26年2月
厚生労働省老健局振興課

今後の介護保険をとりまく状況

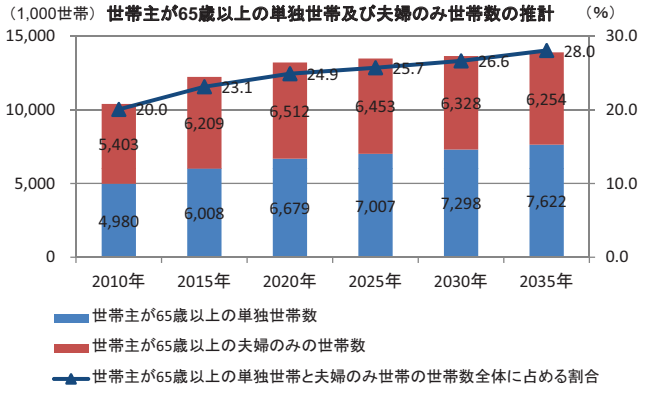
① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測（3,878万人）。
また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2012年８月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口（割合）	3,058万人（24.0%）	3,395万人（26.8%）	3,657万人（30.3%）	3,626万人（39.4%）
75歳以上高齢者人口（割合）	1,511万人（11.8%）	1,646万人（13.0%）	2,179万人（18.1%）	2,401万人（26.1%）

② 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく。



③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく

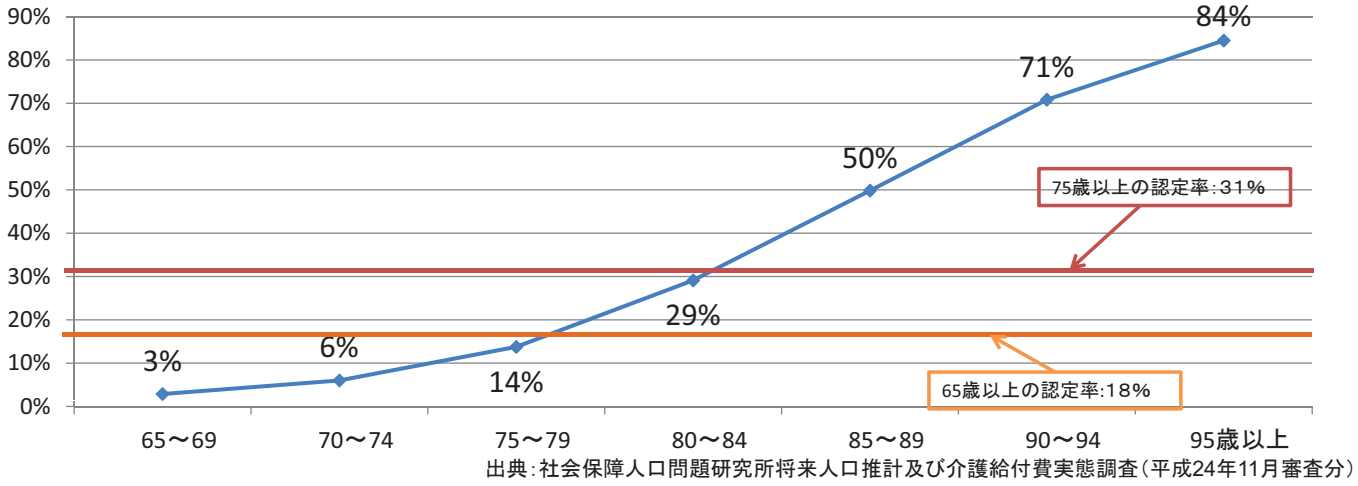


④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 （ ）は倍率	117.7万人 <16.8%> （2.00倍）	108.2万人 <18.1%> （1.92倍）	148.5万人 <16.5%> （1.87倍）	152.8万人 <18.2%> （1.81倍）	116.6万人 <15.9%> （1.77倍）	197.7万人 <15.0%> （1.60倍）		29.5万人 <19.4%> （1.16倍）	13.7万人 <22.1%> （1.15倍）	20.7万人 <20.6%> （1.15倍）	2178.6万人 <18.1%> （1.53倍）

（参考）年齢階層別の要介護認定率（推計）

○ 要介護（支援）認定率は、年齢とともに上昇し、85歳～89歳では約半数が認定を受けているが、一号被保険者全体で認定を受けている率は、約18%程度である。
○ 後期高齢者医療での受診率は96．9%であるのに対し、75歳以上の要介護（支援）認定率は31%となっている。



出典：社会保障人口問題研究所将来人口推計及び介護給付費実態調査（平成24年11月審査分）

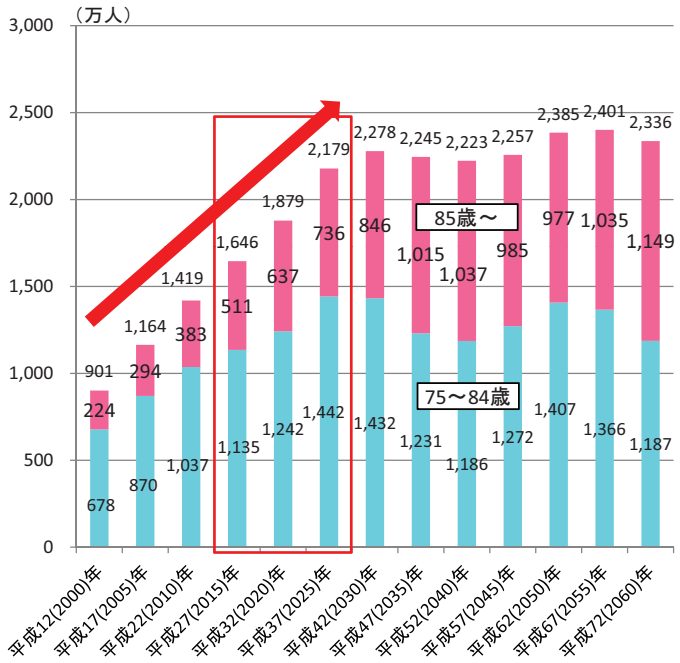
【参考】平成22年度1年度間において、入院、入院外又は歯科のいずれか1医療機関以上で診療を受けた者（合計）の割合

協会（一般）	84.8%
組合健保	85.0%
国民健康保険	84.0%
後期高齢者医療	96.9%

（資料）平成22年度　医療給付実態調査

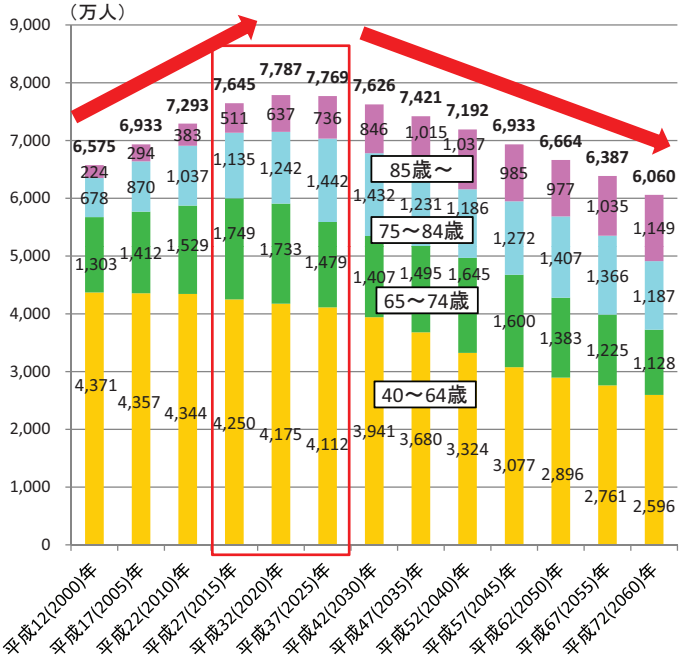
⑤要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。
○2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。



⑥介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

○保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2025年以降は減少する。



（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成24年1月推計）出生中位（死亡中位）推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

介護給付と保険料の推移

○ 市町村は3年を1期（2005年度までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。
保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定。

○ 高齢化の進展により、2025年には保険料が現在の5000円程度から8200円程度に上昇することが見込まれており、地域包括ケアシステムの構築を図る一方、介護保険制度の持続可能性の確保のための重点化・効率化も必要となっている。

事業運営期間	事業計画	給付（総費用額）	保険料	介護報酬の改定率
2000年度	第一期	第一期 3.6兆円	2,911円（全国平均）	
2001年度		4.6兆円		
2002年度		5.2兆円		H15年度改定 ▲2.3%
2003年度	第二期	第二期 5.7兆円	3,293円（全国平均）	
2004年度		6.2兆円		H17年度改定 ▲1.9%
2005年度		6.4兆円		H18年度改定 ▲0.5%
2006年度	第三期	第三期 6.4兆円	4,090円（全国平均）	
2007年度		6.7兆円		
2008年度		6.9兆円		H21年度改定 ＋3.0%
2009年度	第四期	第四期 7.4兆円	4,160円（全国平均）	
2010年度		7.8兆円		H24年度改定 ＋1.2%
2011年度		8.2兆円		
2012年度	第五期	第五期 8.9兆円	4,972円（全国平均）	
2013年度		9.4兆円		
2014年度		10.0兆円		消費税率引上げに伴う H26年度改定 ＋0.63%
⋮				
2025年度		21兆円程度（改革シナリオ）	8,200円程度	

※2011年度までは実績であり、2012～2013年は当初予算、2014年度は当初予算（案）である。
※2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について（平成24年3月）
※2012年度の賃金水準に換算した値

4

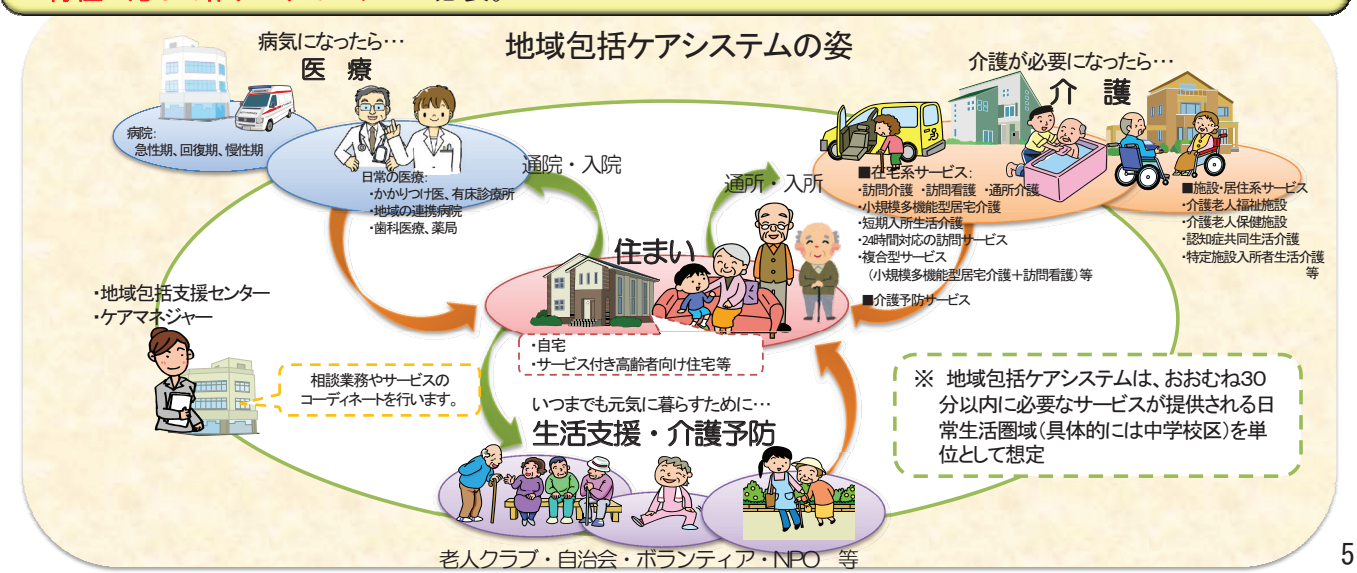
地域包括ケアシステムの構築について

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。

○ 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要。



5

介護保険制度の改正案の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるようにするため、介護、医療、生活支援、介護予防を充実。

サービスの充実

○地域包括ｹｱｼｽﾃﾑの構築に向けた地域支援事業の充実
- ①在宅医療・介護連携の推進
- ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進
- ④生活支援サービスの充実・強化

＊介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進
＊介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討

重点化・効率化

①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

＊段階的に移行（～29年度）
＊介護保険制度内でサービスの提供であり、財源構成も変わらない。
＊見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護３以上に限定（既入所者は除く）

＊要介護1・2でも一定の場合には入所可能

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直す。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大
- ・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大
  - ＊保険料見通し：現在5,000円程度→2025年度8,200円程度
  - ＊軽減例：年金収入80万円以下　5割軽減　→　7割軽減に拡大
  - ＊軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割）

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ
- ・ 2割負担とする所得水準を、65歳以上高齢者の所得上位20%とした場合、合計所得金額160万円（年金収入で、単身280万円以上、夫婦359万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。
- ・ 医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から 44,400円に引上げ

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加
- ・預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外
- ・世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外
- ・給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案　　＊不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

○ このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

6

医療・介護連携、認知症施策、地域ケア会議、生活支援、介護予防の充実・強化

○ 地域包括ケア実現のため、地域支援事業の枠組みを活用し、以下の取組を充実・強化。
○ あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し。
○ これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで、地域で高齢者を支える社会が実現。

医療・介護連携	・連携強化	関係者に対する研修等を通じて、医療と介護の濃密なネットワークが構築され、効率的、効果的できめ細かなサービスの提供が実現
認知症施策	・施策の推進	初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断、早期対応や地域支援推進員による相談対応等により認知症でも生活できる地域を実現
地域ケア会議	・制度化による強化	多職種連携、地域のニーズや社会資源を的確に把握可能になり、地域課題への取組が推進され、高齢者が地域で生活しやすい環境を実現
生活支援	・基盤整備等	コーディネータの配置等を通じて地域で高齢者のニーズとボランティア等のマッチングを行うことにより、生活支援の充実を実現
介護予防	・効果的な取組の推進	多様な参加の場づくりとリハビリ専門職等を活かすことにより、高齢者が生きがい・役割をもって生活できるような地域を実現

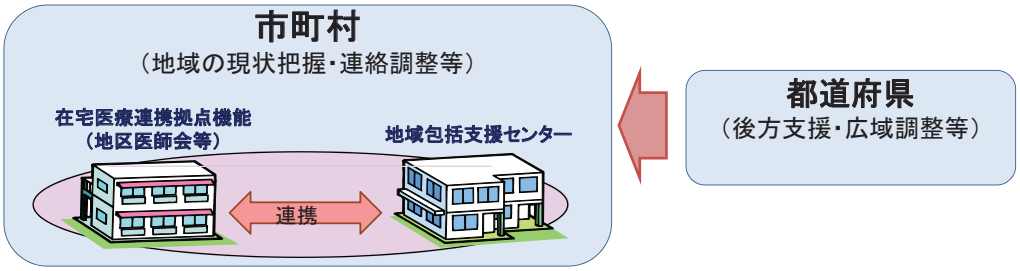
※市町村が中心となって取組を進めるため、関係者との連携や調整を行う等 の市町村の役割の明確化

7

在宅医療・介護の連携推進

○ 在宅医療・介護の連携推進についてはこれまでモデル事業等を実施して一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で恒久的な制度として位置づけ、全国的に取り組む。

○ 具体的には、介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ、市町村が主体となり、地区医師会等と連携しつつ、取り組む。



（想定される取組（例））

①地域の医療・福祉資源の把握及び活用　・・・地域の医療機関等の分布を把握し、地図又はリスト化し、関係者に配布

②在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介
・・・関係者が集まる会議を開催し、地域の在宅医療・介護の課題を抽出し、解決策を検討

③在宅医療・介護連携に関する研修の実施　・・・グループワーク等の多職種参加型の研修の実施

④24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築　・・・主治医・副主治医制等のコーディネート

⑤地域包括支援センター・介護支援専門員・介護サービス事業者等への支援
・・・介護支援専門員からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応　等

8

認知症施策の推進

○ 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。

○ この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。

○ 認知症施策を推進するため、介護保険法の地域支援事業に位置づける（「認知症初期集中支援チーム」の設置、認知症地域支援推進員の設置）。

「認知症施策推進5か年計画」（平成24年9月厚生労働省公表）の概要

【基本的な考え方】

《これまでのケア》
認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼。

→

《今後目指すべきケア》
「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

事項	5か年計画での目標
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映
○**「認知症初期集中支援チーム」の設置** ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末　50，000人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末　4，000人
○「地域ケア会議」の普及・定着	平成27年度以降　すべての市町村で実施
○**認知症地域支援推進員の人数**	平成29年度末　700人
○認知症サポーターの人数	平成29年度末　600万人（現在340万人）

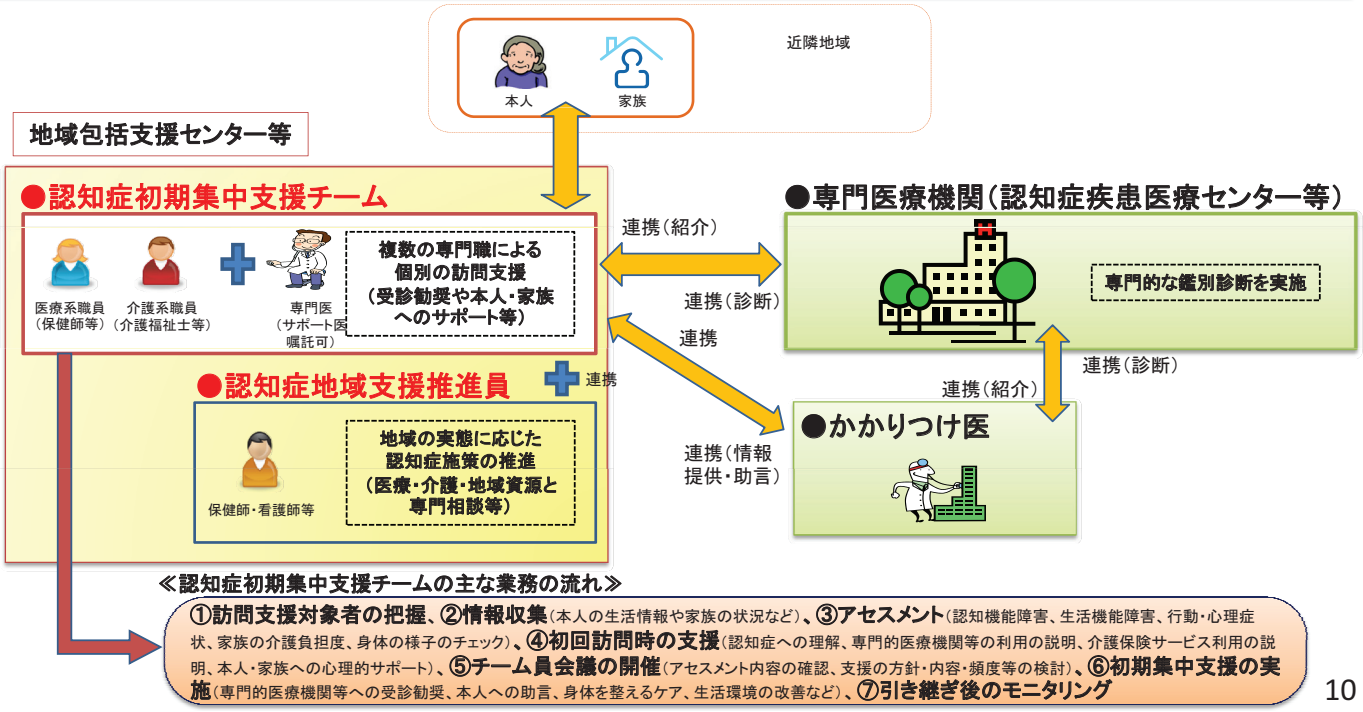
9

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

以下の体制を地域包括支援センター等に配置

○**認知症初期集中支援チーム**（個別の訪問支援）
－複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問し、アセスメントや家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。

○**認知症地域支援推進員**（専任の連携支援・相談等）
－認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。



10

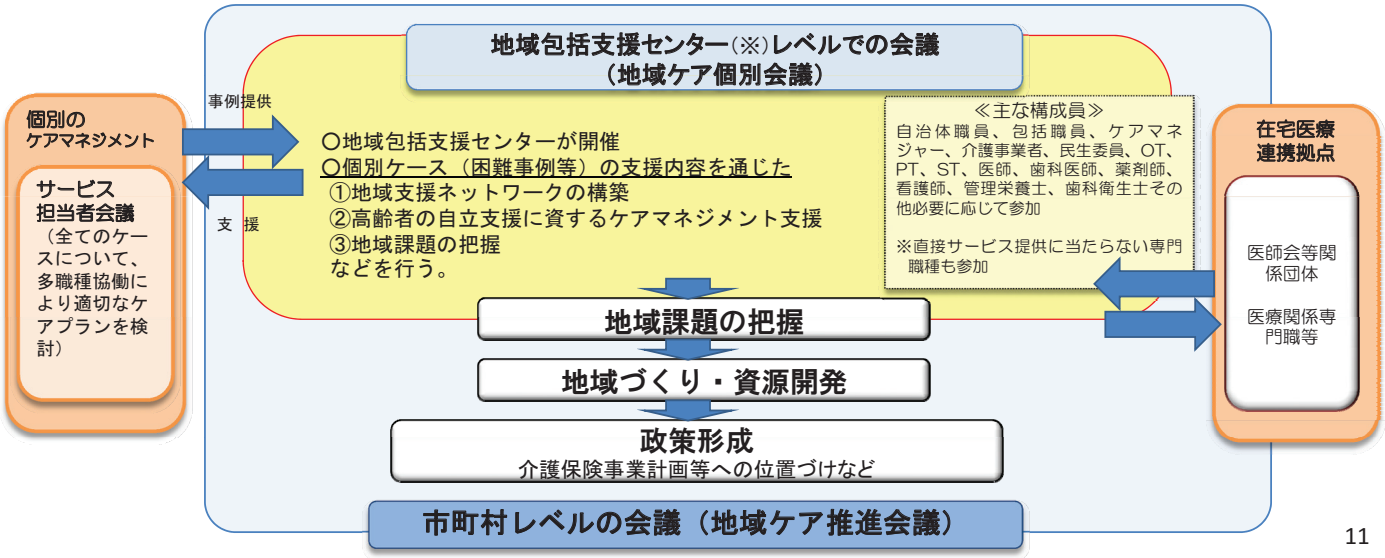
地域ケア会議の推進

○ 「地域ケア会議」（地域包括支援センター及び市町村レベルの会議）については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。

○ 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。

○ このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。

・地域包括支援センターの箇所数：4,328ヶ所（センター・ブランチ・サブセンター合計7,072ヶ所）（平成24年4月末現在）
・地域ケア会議は全国の保険者で約8割（1,202保険者）で実施（平成24年6月に調査実施）

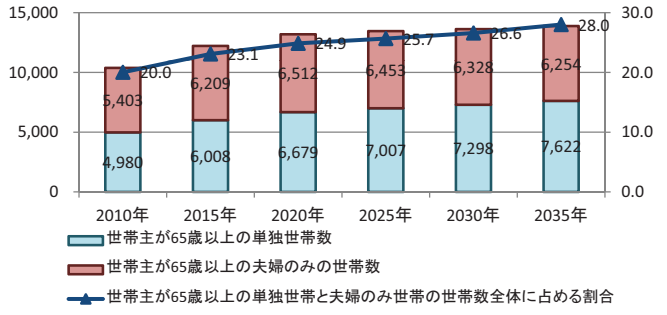


11

生活支援サービスの充実

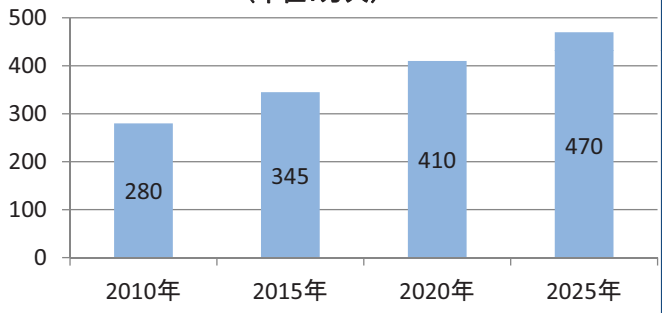
生活支援のニーズ

高齢者世帯の年次推移



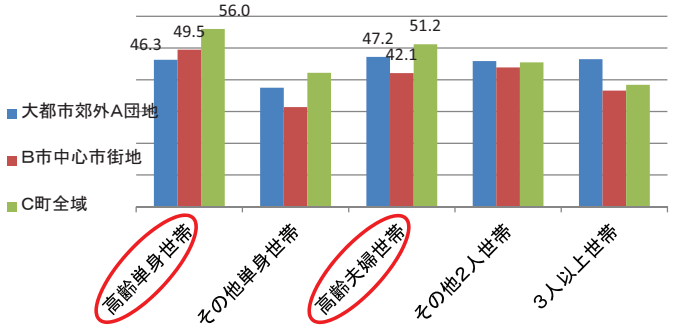
国立社会保障・人口問題研究所、
2013(平成25)年1月推計の「日本の世帯数の将来推計（全国推計）」

認知症高齢者数の将来推計
（単位：万人）



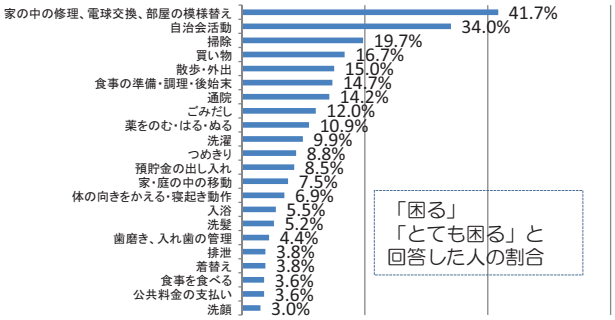
「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について,厚生労働省

買い物で不便や苦労がある世帯の割合



平成23年、農林水産政策研究所、食料品アクセス問題の現状と対応方向

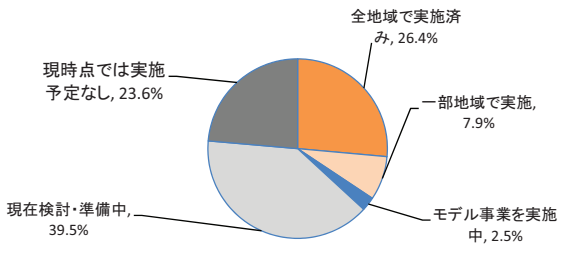
1人暮らし高齢者世帯が生活行動の中で困っていること
（愛知県居住で75歳以上の1人暮らし高齢者　n=379）



平成23年度老健事業、１人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその支援方策に関する調査（みずほ総研）

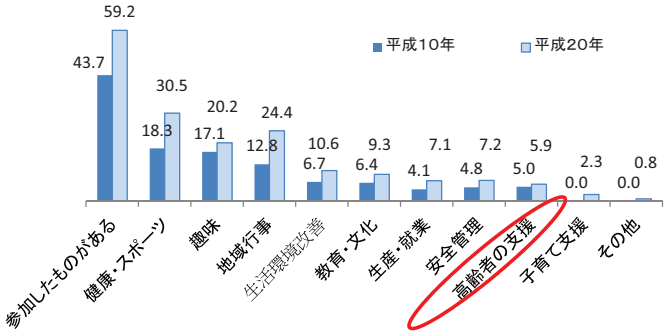
地域住民の互助活動およびNPO等による生活支援サービス

高齢者の見守りネットワークの形成状況
（全国1,750自治体のうち有効回答数　n＝982）



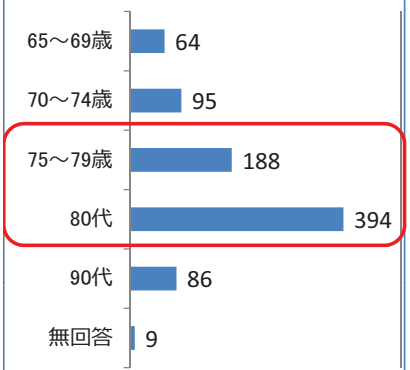
平成22年内閣府　経済社会総合研究所「セルフ・ネグレクト状態にある高齢者に関する調査__幸福度の視点から」

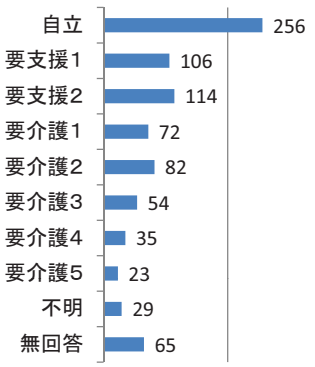
60歳以上の住民のグループ活動



平成24年度版　高齢社会白書、内閣府

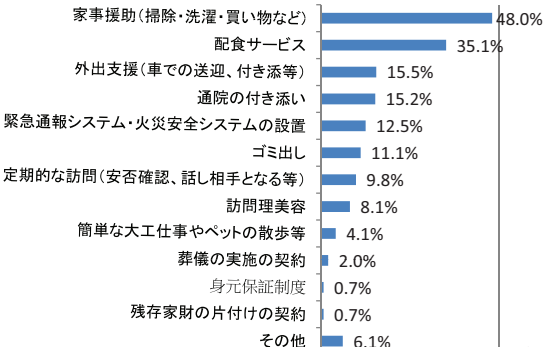
NPO等による生活支援サービスの利用状況
（調査対象10団体のサービスを利用する高齢者のうち有効回答数　n＝836）





平成22年「神戸市の非営利組織による介護保険制度外サービス実態調査」

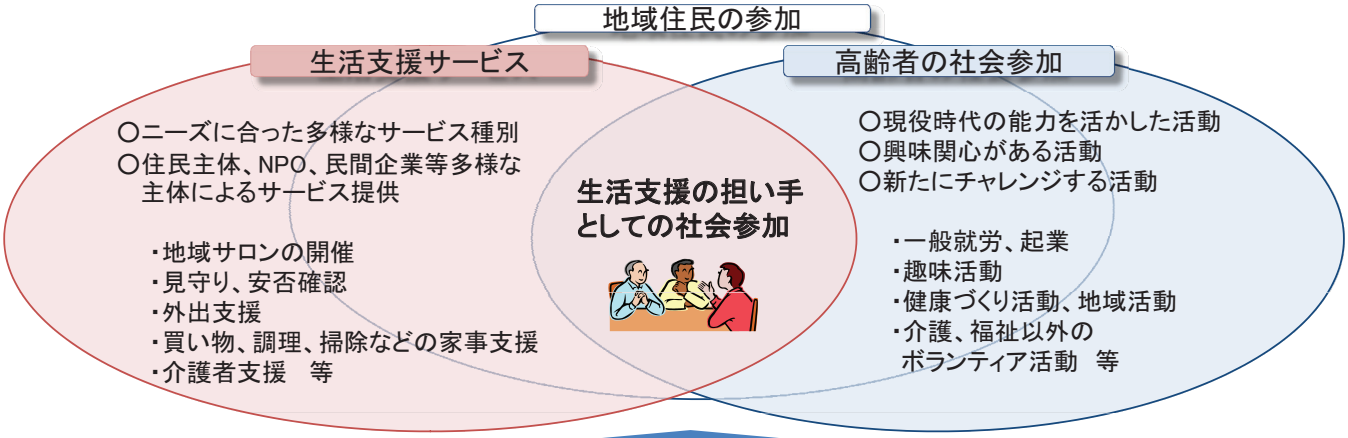
高齢者の利用サービス
（民間・公的を問わず介護保険対象外の生活支援サービスを利用した高齢者のうち有効回答数　n＝296）



平成22年度「高齢者の生活実態　東京都福祉保健基礎調査」

生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加

○ 単身世帯等が増加し、支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加。ボランティア、NPO、民間企業、協同組合等の多様な主体が生活支援サービスを提供することが必要。
○ 高齢者の介護予防が求められているが、社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる。
○ 多様な生活支援サービスが利用できるような地域づくりを市町村が支援することについて、制度的な位置づけの強化を図る。
具体的には、生活支援サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化などを行う「生活支援サービスコーディネーター（仮称）」の配置などについて、介護保険法の地域支援事業に位置づける。



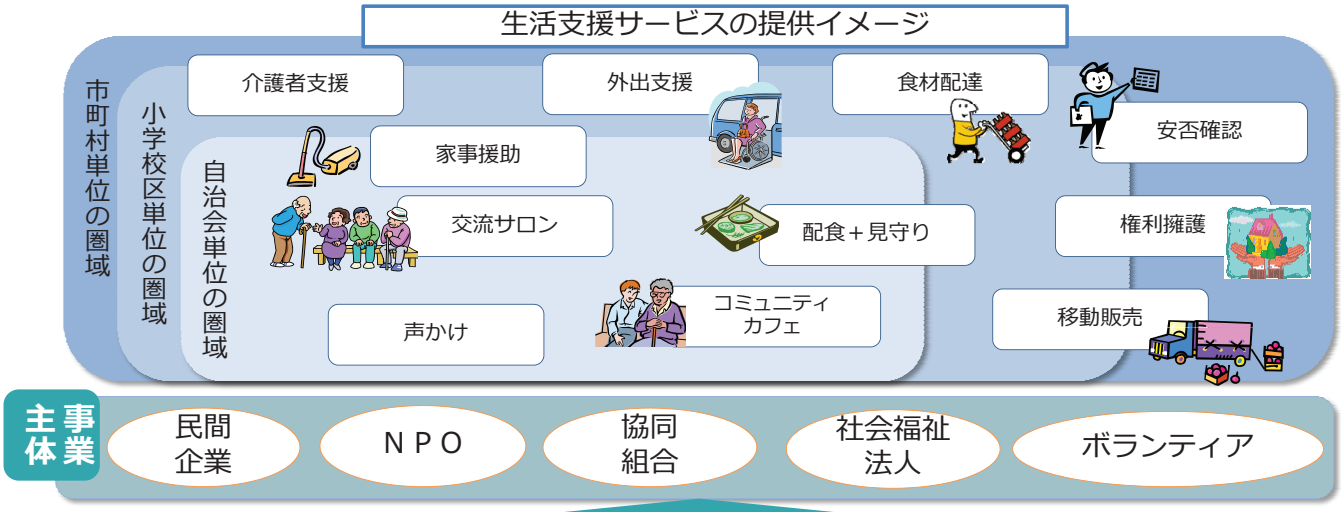
バックアップ
市町村を核とした支援体制の充実・強化
バックアップ
都道府県等による後方支援体制の充実

14

多様な主体による生活支援サービスの重層的な提供

○高齢者の在宅生活を支えるため、ボランティア、ＮＰＯ、民間企業、社会福祉法人、協同組合等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービスの提供体制の構築を支援

・介護支援ボランティアポイント等を組み込んだ地域の自助・互助の好取組を全国展開
・「生活支援サービスコーディネーター（仮称）」の配置や協議体の設置などに対する支援



バックアップ
市町村を核とした支援体制の充実・強化（コーディネーターの配置、協議体の設置等を通じた住民ニーズとサービス資源のマッチング、情報集約等）
➡ 民間とも協働して支援体制を構築

15

介護予防の推進

介護予防の理念

○ 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的として行うものである。

○ 生活機能（※）の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、QOLの向上を目指すものである。

※「生活機能」・・・ICFでは、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される

これまでの介護予防の問題点

○ 介護予防の手法が、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであった。

○ 介護予防終了後の活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかった。

○ 介護予防の利用者の多くは、機能回復を中心とした訓練の継続こそが有効だと理解し、また、介護予防の提供者も、「活動」や「参加」に焦点をあててこなかったのではないか。

これからの介護予防の考え方

○ 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチが重要であり、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指す。

○ 高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるという相乗効果をもたらす。

○ 住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。

○ このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。

16

新しい介護予防事業

○機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチができるように介護予防事業を見直す。
○元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。
○リハ職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、介護予防を機能強化する。

現行の介護予防事業

一次予防事業
- 介護予防普及啓発事業
- 地域介護予防活動支援事業
- 一次予防事業評価事業

二次予防事業
- 二次予防事業対象者の把握事業
- 通所型介護予防事業
- 訪問型介護予防事業
- 二次予防事業評価事業

一次予防事業と二次予防事業を区別せずに、地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する観点から見直す

介護予防を機能強化する観点から新事業を追加

一般介護予防事業
- 介護予防事業対象者の把握事業
  - 地域の実情に応じて収集した情報等（例えば、民生委員等からの情報など）の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、地域介護予防活動支援事業等で重点的に対応（基本チェックリストを活用することも可能）
- 介護予防普及啓発事業
- 地域介護予防活動支援事業
  - 要支援者等も参加できる住民運営の通いの場の充実
- 介護予防事業評価事業
- （新）地域リハビリテーション活動支援事業
  - 「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけるために、地域においてリハ職等を活かした自立支援に資する取り組みを推進

介護予防・生活支援サービス事業
- 従来の二次予防事業対象者に実施していた通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業は、基本チェックリストの活用により、引き続き、対象者を限定して実施

介護予防・日常生活支援総合事業

17

地域支援事業充実の進め方

	25～26年度	27～29年度	30年度～
医療・介護連携	■25年　地域医療再生基金を活用した事業実施 ■26年　介護保険法改正（在宅医療・介護連携拠点の機能を地域支援事業へ位置づけ）	■27年4月　改正法施行 ■取組可能な市町村から順次実施。小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする。都道府県による支援等も実施。	■全ての市町村で実施（小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする）
認知症施策	■25年　認知症初期集中支援チームのモデル事業の実施等 ■26年　介護保険法改正（地域支援事業へ位置づけ）	■27年4月　改正法施行 ■取組可能な市町村から順次実施。小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする。	■全ての市町村で実施（小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする）
地域ケア会議	■26年　地域ケア会議の推進（国による好事例周知等を積極的に推進） ■26年　介護保険法改正（法定化、守秘義務等）	■27年4月　改正法施行 ■法定化による地域ケア会議の確実な実施	■地域ケア会議の充実が図られる。
生活支援	■26年　生活支援の基盤整備 ■コーディネーターの研修実施 ■26年　介護保険法改正（地域支援事業へ位置づけ）	■27年4月　改正法施行 ■コーディネーターの配置等を順次推進、国による好事例の周知等も積極的に実施。	■コーディネーターの配置等が推進され、市町村で生活支援の充実が図られる。
介護予防	■効果的・効率的な介護予防の取組事例を全国展開する観点から市町村を支援	■地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組の充実	■効果的・効率的な介護予防の取組の充実

18

地域包括支援センターの機能強化へ向けた方向性

地域包括支援センターは、行政直営型、委託型にかかわらず、行政（市町村）機能の一部として地域の最前線に立ち、地域包括ケアシステムにおける中核的な機関として期待されることから、現状の課題や今後求められる役割を勘案しながら、複合的に機能強化を図ることが重要。

（　方　向　性　）

人員体制　業務量に応じた配置

○　高齢化の進展、それに伴う相談件数の増加等を勘案し、センターに対する**人員体制を業務量に応じて適切に配置**。
○　さらに、今後、現在の業務に加え、地域ケア会議の推進、在宅医療・介護の連携強化、認知症施策の推進を図る中で、**それぞれのセンターの役割に応じた人員体制の強化**を図ることが必要。

＋

業務内容の見直し

センター間の役割分担・連携強化

○　在宅医療・介護の連携強化、地域ケア会議、認知症施策の推進等を図る中で、**地域の中で直営等基幹となるセンターや機能強化型のセンターを位置付けるなど、センター間の役割分担・連携を強化**し、効率的かつ効果的な運営を目指す。

＋

行政との役割分担・連携強化

○　委託型センターに対して、市町村が提示する**委託方針**について、**より具体的な内容を提示することを推進。**
○　これにより、市町村との役割分担、それぞれのセンターが担うべき業務内容を明確化。

＋

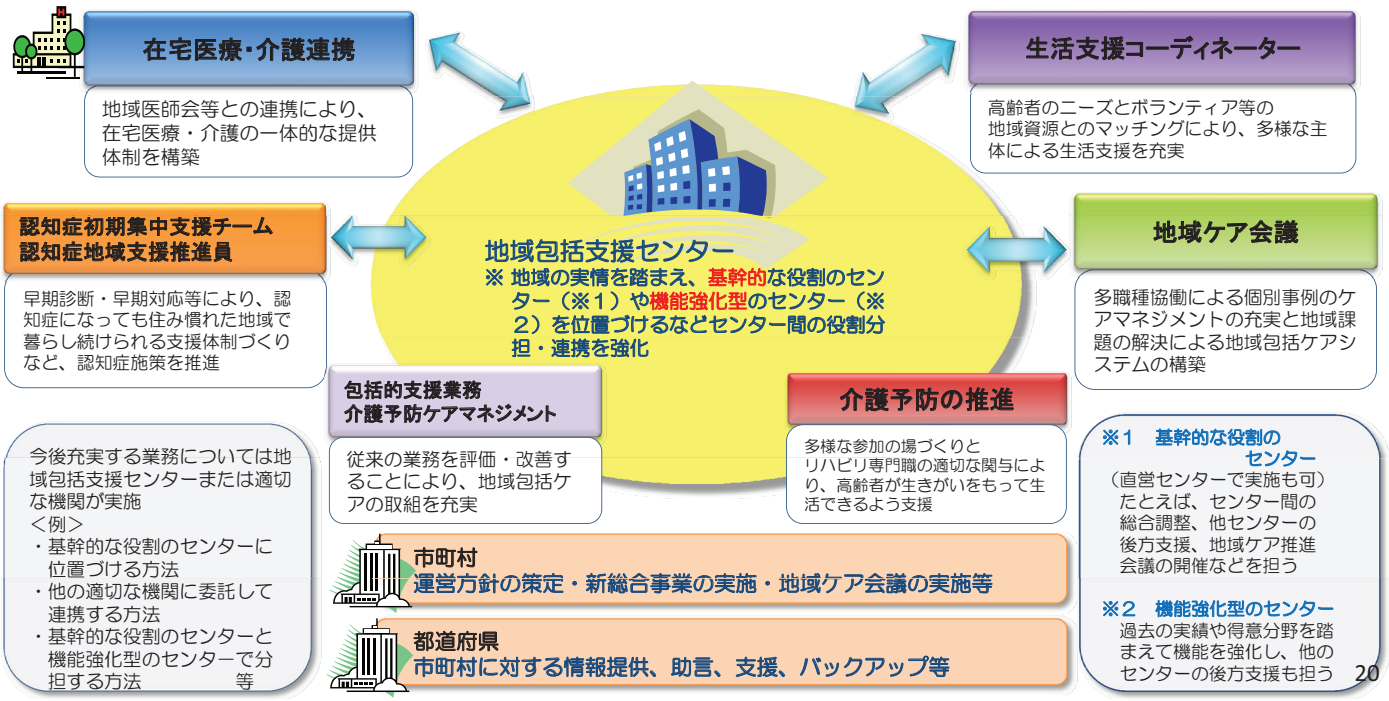
効果的な運営の継続　PDCAを充実

○　センターがより充実した機能を果たしていくには、運営に対する評価が必要。（現在、約3割の市町村が評価を実施）
○　**市町村運営協議会等による評価の取組、PDCAの充実等、継続的な評価・点検の取組を強化。**
　併せて、情報公表制度を活用し、センターの取組について周知する。

19

地域包括支援センターの機能強化

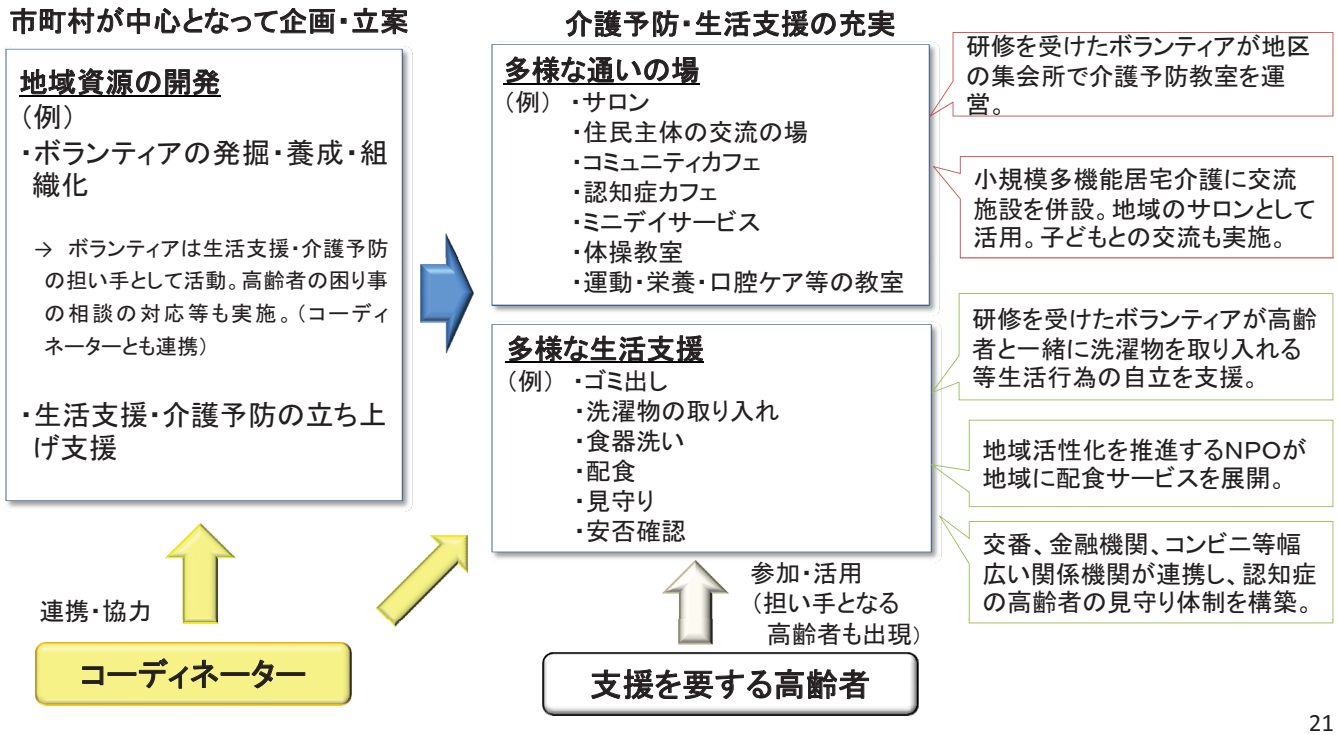
○高齢化の進展、相談件数の増加等に伴う業務量の増加およびセンターごとの役割に応じた人員体制を強化する。
○市町村は運営方針を明確にし、業務の委託に際しては具体的に示す。
○直営等基幹的な役割を担うセンターや、機能強化型のセンターを位置づけるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効率的かつ効果的な運営を目指す。
○地域包括支援センター運営協議会による評価、PDCAの充実等により、継続的な評価・点検を強化する。
○地域包括支援センターの取組に関する情報公表を行う。



20

市町村による新しい地域づくりの推進（生活支援・介護予防の充実）

○　市町村が中心となってコーディネーターと連携しつつ、生活支援サービスの充実、介護予防の推進等を図ることにより、高齢者が利用可能な多様なサービスが地域で提供される。
○　高齢者の中には事業の担い手となる者も出現。これは介護予防にもつながる。
　⇒　高齢者を中心とした地域の支え合い（互助）が実現。



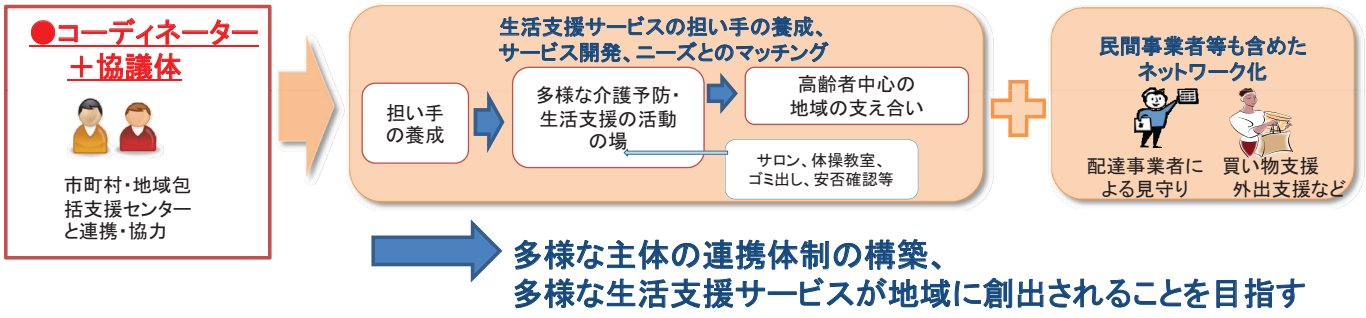
21

平成26年度予算（案） 生活支援サービス・介護予防の基盤整備（コーディネーターの配置）

地域支援事業642億円
のうち5億円

【事業概要】

○ 生活支援サービスの充実及び高齢者の社会参加に向けて、ボランティア等の生活支援・介護予防の担い手の養成・発掘など地域資源の開発や地域のニーズと地域支援のマッチングなどを行う、生活支援サービスコーディネーター（仮称）の配置や協議体の設置等について、平成26年度から、地域支援事業（任意事業）に位置づけて取組を進める。
地域の多様な担い手による受け皿確保のための基盤整備を推進。



多様な主体の連携体制の構築、
多様な生活支援サービスが地域に創出されることを目指す

22

要支援者の訪問介護、通所介護の総合事業への移行（介護予防・生活支援サービス事業）

○ 多様な主体による柔軟な取り組みにより効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、予防給付の訪問介護、通所介護は、事業にすべて移行（平成29年度末まで）

○その他のサービスは、予防給付によるサービスを利用

予防給付によるサービス

・訪問介護
・通所介護

訪問介護、通所介護について事業へ移行

新しい総合事業によるサービス（介護予防・生活支援サービス事業）

・訪問型サービス ・多様な担い手による生活支援
・通所型サービス ・ミニデイなどの通いの場 ・運動、栄養、口腔ケア等の教室
・生活支援サービス（配食・見守り等） ・介護事業所による訪問型・通所型サービス

※多様な主体による多様なサービスの提供を推進
※総合事業のみ利用の場合は、基本チェックリスト該当で利用可

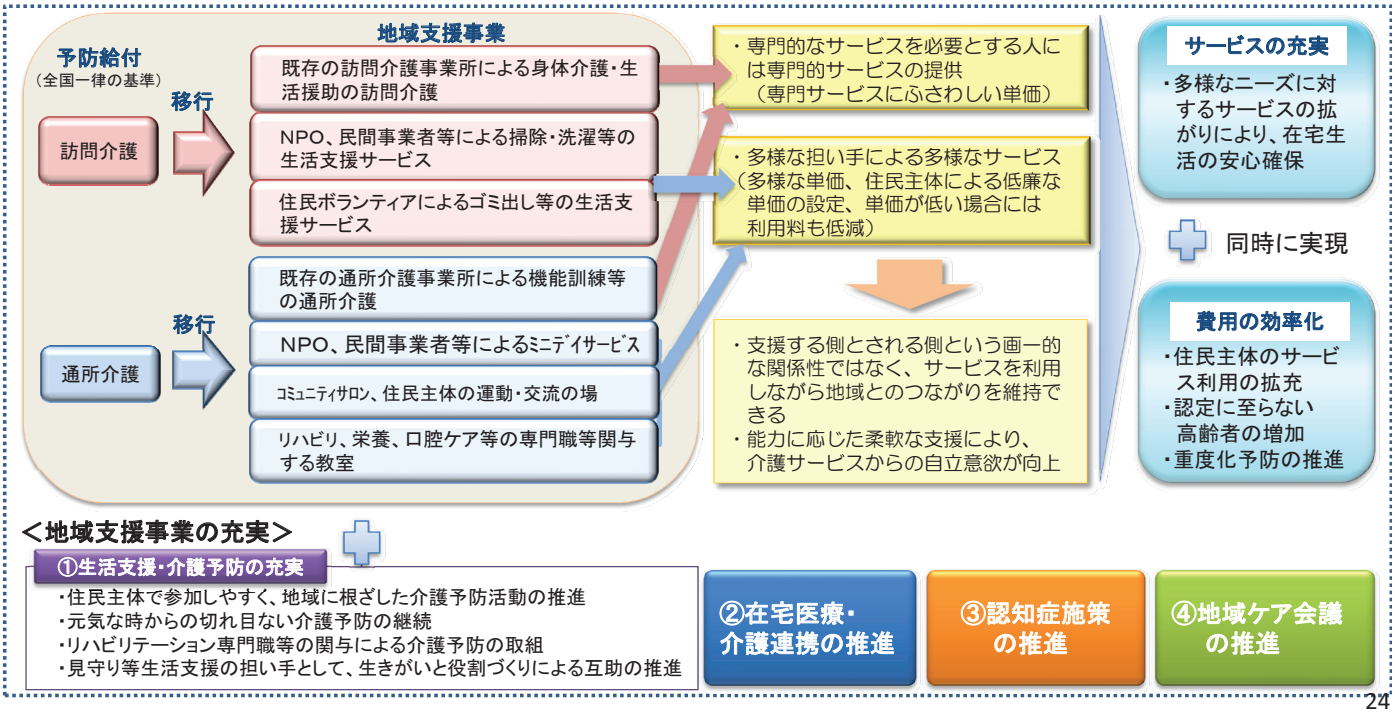
・訪問看護
・訪問リハビリテーション
・通所リハビリテーション
・短期入所療養介護
・居宅療養管理指導
・特定施設入所者生活介護
・短期入所者生活介護
・訪問入浴介護
・認知症対応型通所介護
・小規模多機能型居宅介護
・認知症対応型共同生活介護
・福祉用具貸与
・福祉用具販売
・住宅改修　など

従来通り
予防給付で行う

23

予防給付の見直しと地域支援事業の充実

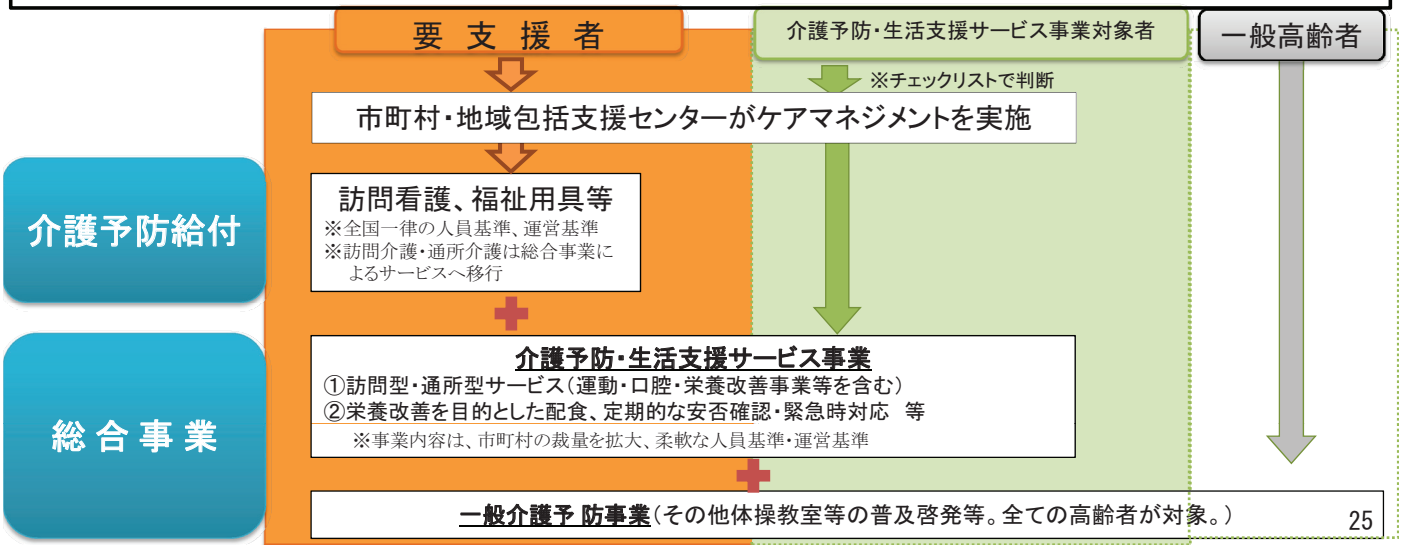
○予防給付のうち訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じた取組ができる介護保険制度の地域支援事業へ移行（29年度末まで）。財源構成は給付と同じ（国、都道府県、市町村、1号保険料、2号保険料）。
○既存の介護事業所による既存のサービスに加えて、NPO、民間企業、ボランティアなど地域の多様な主体を活用して高齢者を支援（高齢者の状態像等に応じたケアマネジメント）。高齢者は支え手側に回ることも。
○総合事業の事業費の上限は、事業への移行分を賄えるように見直し。
○国は、指針（ガイドライン）を策定し、市町村による事業の円滑な実施を支援。



24

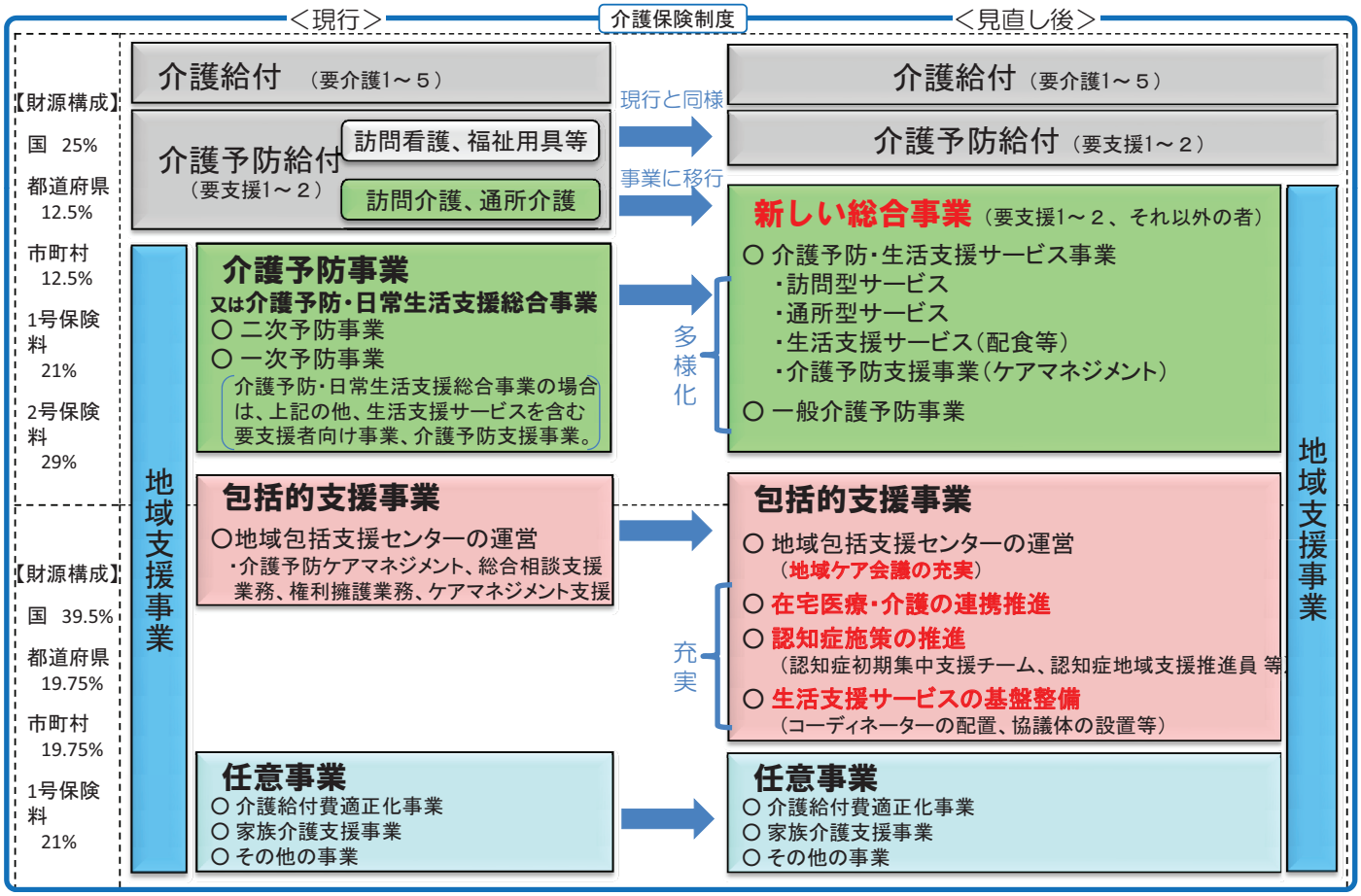
新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）

○ 介護保険制度の地域支援事業の枠組みの中で、平成24年度に導入した介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を発展的に見直し。現在、事業実施が市町村の任意となっているが（※）、総合事業について必要な見直しを行った上で、平成29年4月までに全ての市町村で実施　（※）24年度27保険者が実施、25年度は44保険者が実施予定
○ サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直す。（平成29年度末には全て事業に移行）。
○ 総合事業の事業費の上限は、事業への移行分を賄えるように見直し。
○ 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き予防給付によるサービス提供を継続。
○ 地域包括支援センターによるケアマネジメントに基づき、総合事業のサービスと予防給付のサービス(要支援者)を組み合わせる。
○ 総合事業の実施に向け基盤整備を推進。
○ 国は、指針（ガイドライン）を策定し、市町村による事業の円滑な実施を支援。



25

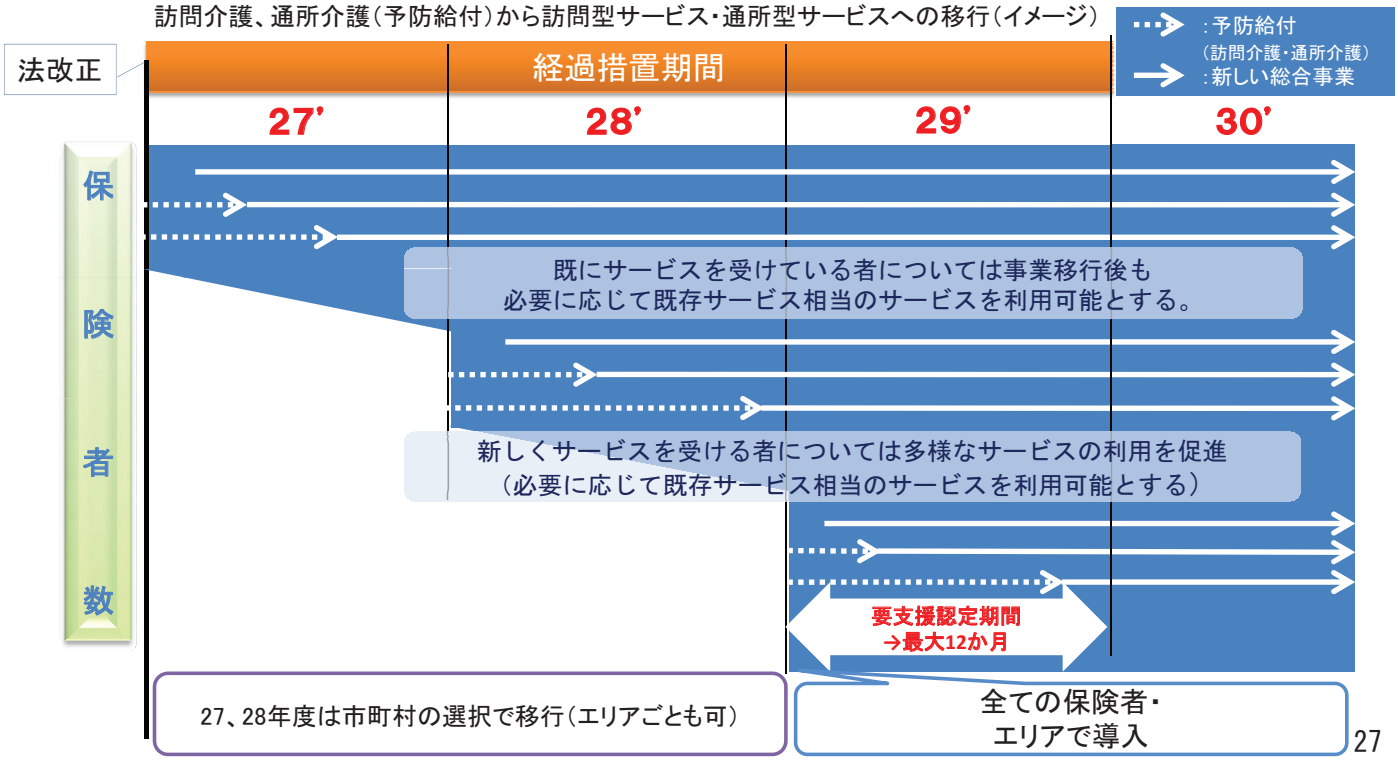
新しい地域支援事業の全体像



市町村の新しい総合事業実施に向けたスケジュールについて（イメージ）

○ 移行に際しては受け皿の整備に一定の時間がかかることも踏まえて、平成29年４月までに、全ての保険者で要支援者に対する新しい総合事業を開始。（27、28年度は市町村の選択）
○ 平成29年度末をもって、予防給付のうち訪問介護と通所介護については終了。

訪問介護、通所介護（予防給付）から訪問型サービス・通所型サービスへの移行（イメージ）



27

（参考） 介護予防・日常生活支援総合事業の取組（山梨県北杜市）

～地域住民の支え合いによる通いの場づくりと生活支援～

○ 地域住民が住み慣れた地域で安心して過ごすため、医療や介護、介護保険外サービスを含めた様々なサービスを日常生活の場で提供

○ 利用者の視点に立った柔軟な対応、地域活力の向上に向けた取組、地域包括ケアの実現に向けた取組を目指し、住民ボランティアの協力による①通所型予防サービス、②配食・見守り・安否確認等の生活支援サービスを実施

通所型予防サービス（ふれあい処北杜）

○運営（8か所）
NPO、社協、地区組織、JA、介護事業所
○内容
交流、会話、趣味、事業所の特性を生かした活動（週1～2回）
○スタッフは1～2名。他はボランティア。
○ケアマネジメント
北杜市地域包括支援センターが実施
○地域の人が誰でも気軽に立ち寄れる場所

※地域支え合い体制づくり事業で整備

生活支援サービス

○ 内容
・配食＋安否確認（緊急連絡を含む）
・弁当業者等が配食の際、利用者に声かけ
・異常があった時の連絡義務づけ
・弁当業者、ボランティア、NPO等が連携
（5か所の事業者が参入）

長崎県佐々町　～介護予防ボランティアを主軸にした地域づくり～

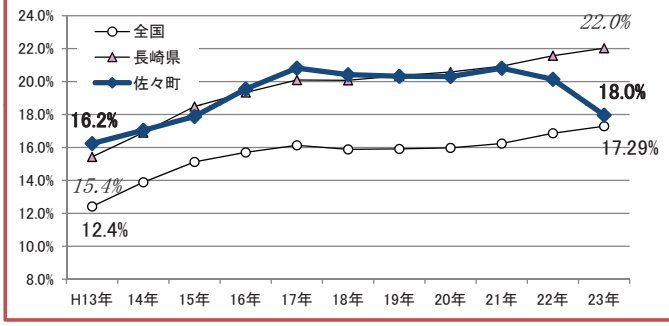
○中高年齢層を対象として介護予防ボランティアを養成し、ボランティア活動が無理なく継続できるように、連絡会を組織してバックアップしている。介護予防・日常生活支援総合事業においても、介護予防ボランティアが、生活支援や通所の場で、担い手として活躍している。

基本情報（平成25年4月1日現在）

※人口は平成24年3月31日

地域包括支援センター設置数	直営	1	カ所
	委託	0	カ所
総人口		13,786	人
65歳以上高齢者人口		3,034 22.0	人 %
75歳以上高齢者人口		1,626 11.8	人 %
第5期1号保険料		5,590	円

第1号被保険者における要介護認定率の推移



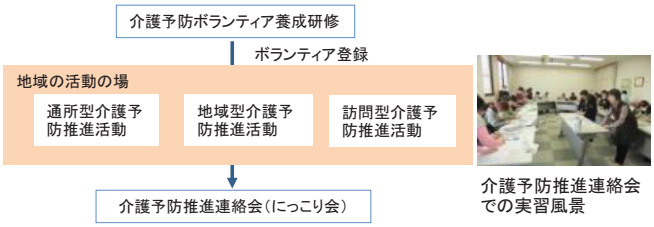
介護予防の取組の変遷

○平成18年　地域包括支援センターが始動し、介護予防の普及啓発を行うものの、住民の主体的取組につながらず、２年が経過。町内唯一の地域サロンは、職員の関与無しには成り立たない状況だった。
○平成20年　普及啓発のあり方を見直し、自主活動の育成に主眼を置いた「介護予防ボランティア養成講座」をスタート。修了者がそれぞれの地区で「地域型介護予防推進活動」に取り組むようになり、初年度に、８地区で集いの場が立ち上がる。
○以後、毎年、新たなボランティアを養成し、現在、団塊世代を対象に「地域デビュー講座」として継続中。修了者による集いの場は、現在14地区で開催されている。（最終目標は、全町内会30地区）

65才以上高齢者のうち毎月参加している者の割合	11.6 %
65才以上高齢者のうち二次予防事業対象者である参加者の割合	6.6 %

専門職の関与の仕方

○「介護予防ボランティア養成講座」の企画と実施
○月1回の定例会で、研修終了者の活動をバックアップ（にっこり会）
○住民、関係団体と協議の機会を設け、課題やめざすべき方向などを共有



介護予防推進連絡会での実習風景

特別養護老人ホームの重点化

〔見直し案〕

○　原則、特養への新規入所者を要介護度３以上の高齢者に限定し、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化【既入所者は除く】

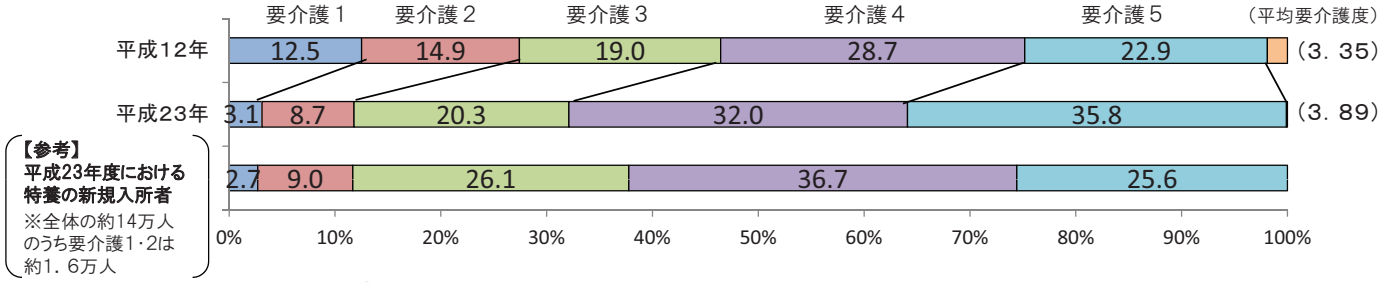
○　他方で、軽度（要介護１・２）の要介護者について、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の関与の下、特例的に、入所を認める

【 参考：要介護１・２であっても特養への入所が必要と考えられる場合（詳細については今後検討） 】

- 知的障害・精神障害等も伴って、地域での安定した生活を続けることが困難
- 家族等による虐待が深刻であり、心身の安全・安心の確保が不可欠
- 認知症高齢者であり、常時の適切な見守り・介護が必要

要介護度別の特養入所者の割合

≪ 施設数： 7，831施設　サービス受給者数：51．1万人（平成25年8月）≫



特養の入所申込者の状況

（単位：万人）

	要介護1～2	要介護3	要介護4～5	計
全体	13.2 （31.2%）	11.0 （26.2%）	17．9 （42.4%）	42．1 （100%）
うち在宅の方	7.7 （18.2%）	5.4 （12.9%）	6．7 （16.0%）	19．9 （47.2%）

※各都道府県で把握している特別養護老人ホームの入所申込者の状況を集計したもの。（平成21年12月集計。調査時点は都道府県によって異なる。）

30

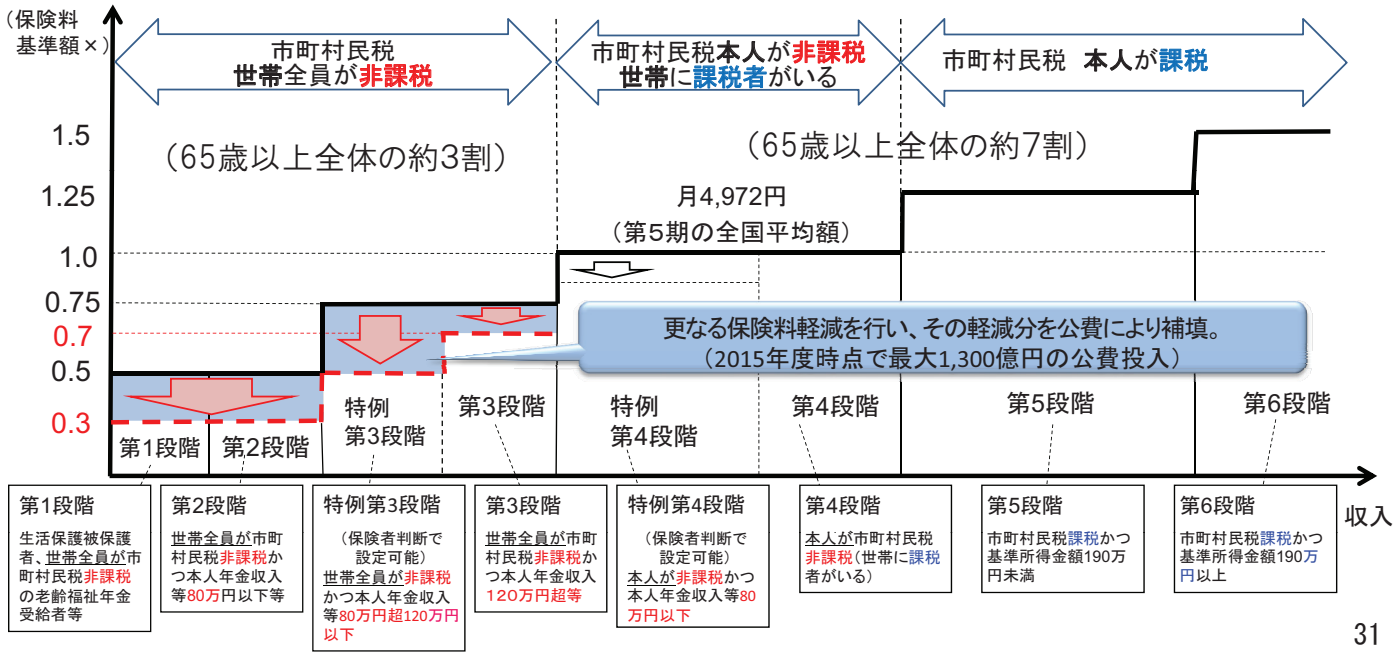
低所得者の一号保険料の軽減強化

〔見直し案〕

■　給付費の5割の公費とは別枠で公費を投入し、低所得の高齢者の保険料の軽減を強化。

■　平成27年度（第6期介護保険事業計画）から実施。

	現行		27年度～
第1・第2段階	0.5	→	0.3
特例第3段階	0.75	→	0.5
第3段階	0.75	→	0.7



31

一定以上所得者の利用者負担の見直し

負担割合の引き上げ

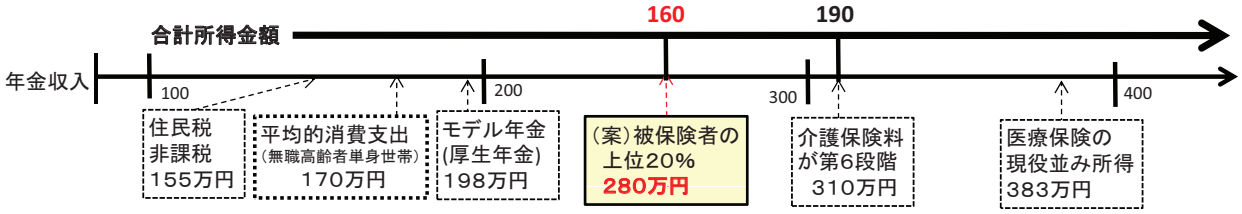
○ 保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律１割に据え置いている利用者負担について、**相対的に負担能力のある一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする**。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。

○ 自己負担2割とする水準は、モデル年金や平均的消費支出の水準を上回り、かつ負担可能な水準として、**被保険者の上位20%**に該当する合計所得金額160万円以上の者（単身で年金収入のみの場合、280万円以上）

○ 要介護者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度と推計。

自己負担2割とする水準（単身で年金収入のみの場合）

※年金収入の場合：合計所得金額＝年金収入額－公的年金等控除（基本的に120万円）



負担上限の引き上げ

自己負担限度額（高額介護サービス費）のうち、医療保険の現役並み所得に相当する者のみ引上げ

〈現行〉

	自己負担限度額（月額）
一般	37,200円（世帯）
市町村民税世帯非課税等	24,600円（世帯）
年金収入80万円以下等	15,000円（個人）

〈見直し案〉

現役並み所得相当	44,400円
一般	37,200円

参考：医療保険の70歳以上の高額療養費の限度額

	自己負担限度額（現行／世帯単位）
現役並み所得者	80,100＋医療費1%（多数該当：44,400円）
一般	44,400円
市町村民税非課税等	24,600円
年金収入80万円以下等	15.000円

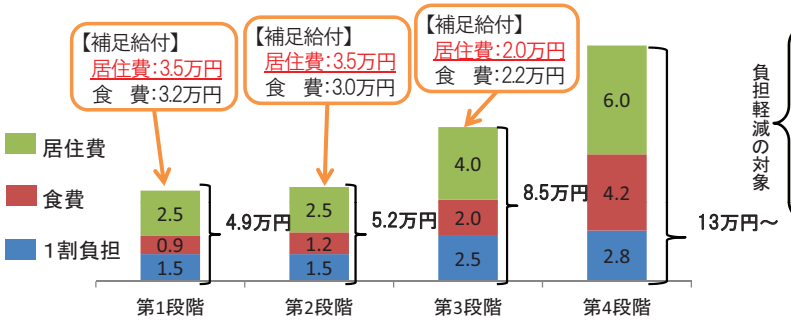
32

補足給付の見直し（資産等の勘案）

○ 施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人の自己負担が原則となっているが、住民税非課税世帯である入居者については、その申請に基づき、補足給付を支給し負担を軽減。

○ 福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金や不動産を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う。

＜現在の補足給付と施設利用者負担＞ ※ ユニット型個室の例



負担軽減の対象

第1段階	・生活保護受給者 ・市町村民税世帯非課税の老齢福祉年金受給者
第2段階	・市町村民税世帯非課税であって、課税年金収入額＋合計所得金額が80万円以下
第3段階	・市町村民税世帯非課税であって、利用者負担第2段階該当者以外
第4段階～	・市町村民税本人非課税・世帯課税 ・市町村民税本人課税者

（※）認定者数：103万人、給付費：2844億円［平成23年度］

＜見直し案＞

預貯金等 → 一定額超の預貯金等（単身では1000万円超、夫婦世帯では2000万円超程度を想定）がある場合には、対象外。　→本人の申告で判定。金融機関への照会、不正受給に対するペナルティ（加算金）を設ける

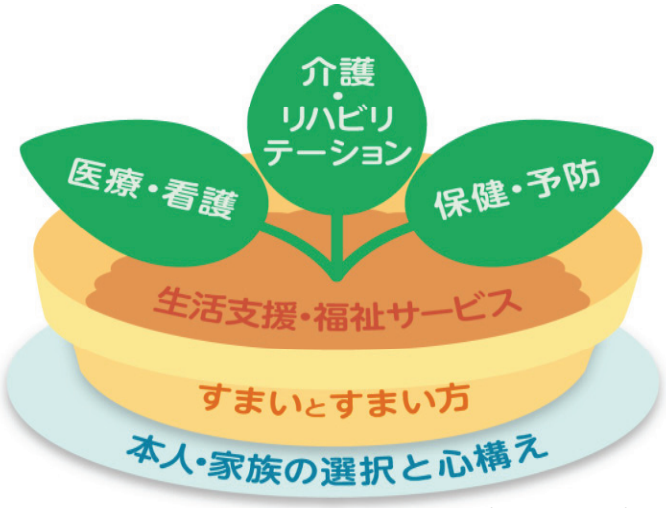
配偶者の所得 → 施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外

非課税年金収入 → 補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金（遺族年金・障害年金）も勘案する

※ 不動産については、一定の評価額超の居宅等の不動産を所有している場合には対象外とし、これを担保に補足給付相当額の貸付を行い、死後に回収する仕組みを検討したが、貸付の対象者、資産の評価等事業実施に向けた課題を更に整理し、委託先を確保できるようにすることが必要であり、引き続き検討。

33

ご清聴ありがとうございました



出典：平成25年3月　地域包括ケア研究会報告書より

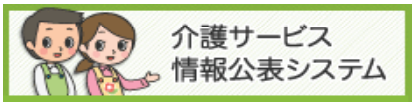
咲かそう、地域包括ケアの花！

厚生労働省HP「地域包括ケアシステム」
もぜひご覧ください

地域包括ケアシステム　検索　クリック

「地域包括ケアシステム」で検索してください。

介護事業所を検索するなら



34

資料②

生活支援サービスにおける コーディネーターの役割と意義

生活支援サービスのコーディネーターに関する
研究フオーラム
ルーテル学院大学　和田　敏明
2014.2.27

コーディネーター及び協議体の考え方について①（委員会で検討中の案）

基本的な考え方

【生活支援・介護予防の基盤整備に向けた基本的な考え方】

○　生活支援・介護予防の基盤整備にあたっては、市町村が中心となって、元気な高齢者を始め住民が担い手として参加する住民主体の活動やＮＰＯ、ボランティア、民間企業、社会福祉協議会、社会福祉法人、協同組合などの多様な主体による多様なサービスの提供体制を構築し、高齢者を支える地域の支え合いの体制づくりを推進していく。

○　市町村は、「生活支援サービスコーディネーター」や「協議体」の設置等を通じて、多様な主体の多様な取組を促進していく。

【「生活支援サービスコーディネーター」について】

○　高齢者の生活支援・介護予防（以下「生活支援等」という。）の基盤整備を推進していくことを目的とし、地域において、生活支援等サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす者を「生活支援サービスコーディネーター」（以下「コーディネーター」という。）とする。

【「協議体」について】

○　市町村が主体となり、各地域におけるコーディネーターと生活支援等の提供主体等が参画し、定期的な情報共有及び連携強化の場として、中核となるネットワークを「協議体」とする。

【国・都道府県・市町村の役割】

○　市町村は、生活支援等サービスの基盤整備の推進に向けて「コーディネーター」を特定するとともに、各市町村域ごとに協議体を設置することにより、地域の実情に応じた提供体制が整備されるよう取り組む。

※　コーディネート機能は段階的に、市町村区域から日常生活の区域ごとに展開していく

※　具体的には、地域の実情に応じて、コーディネート機能を担う者として、「コーディネーター」の特定、あるいはその機能を担う団体への委託等を行う。

○　国は、「コーディネーター」の全国的な活動水準の確保や計画的な育成の必要性を踏まえ、都道府県とも協力の上、平成２６年度から「コーディネーター」の計画的な育成に向けた取組を実施し、あわせて、先進的な取組事例等の積極的な情報提供を通じ、市町村の取組を支援していく。

コーディネーター及び協議体の考え方について②　（委員会で検討中の案）

１．コーディネート機能及びコーディネーターの役割等

（１）コーディネート機能の考え方

○　地域の高齢者支援のニーズと地域資源の状況を把握した上で、地域における以下の取組を総合的に支援・推進。

①　担い手やサービスの開発、担い手をサービスにつなげる機能

②　支援者間のネットワーク化

③　地域のニーズと地域資源のマッチング

○　コーディネート機能は、概ね以下の３層で展開。当面は第１層・第２層の機能を充実し、基盤整備を推進していくことが重要。

①　第１層　市町村区域で、担い手やサービスの開発機能中心（プロモート、プロデュース機能）

②　第２層　小中学校区域で、第１層の機能の下、①～③を行う機能

③　第３層　個々の生活支援サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能

（２）コーディネーターの役割等

＜①．役割＞

○　市町村が定める活動区域ごとに、関係者のネットワークや既存の取組・組織等も活用しながら、上記のコーディネート業務を実施することにより、地域における生活支援等サービスの提供体制の整備に向けた取組を推進。

＜②．配置＞

○　市町村による配置

※　地域包括支援センターとの連携を前提とした上で、配置先や市町村ごとの配置人数等は限定せず、地域の実情に応じた多様な手法を可能とする。

＜③．対象者＞

○　地域における助け合いや生活支援サービスの提供実績のある者、または中間支援を行う団体等であって、地域でコーディネート機能を適切に担うことができる者。

※　特定の資格要件は定めないが、市民活動への理解があり、多様な理念をもつ地域のサービス提供主体と連絡調整できる立場の者であって、国が実施する研修（平成26年度より本格実施予定）を修了した者が望ましい。

＜④．活動範囲＞

○　当面は第１層や第２層での活動を充実し、日常生活の圏域にも展開していく

＜⑤．費用負担（人件費・委託費・活動費用等）への配慮＞

○　公費として、地域支援事業（平成26年度：任意事業（生活支援基盤整備）、平成27年度以降：包括的支援事業）も活用可能

3

コーディネーター

○コーディネーター

物事を調整して一つにまとめる役、またその専門職

○コーディネーション

調整、一致、対等、同格

○目標を共有し、違いを認め合いながら協力して力を発揮する関係づくりを行う

4

生活支援サービスコーディネーター

〇多様な主体による多様なサービスの提供体制を構築し、高齢者を支える地域の支え合いの体制づくりを推進する

〇高齢者の生活支援・介護予防の基盤整備を推進していくことを目的とし、地域において、元気な高齢者が生活支援等サービスの提供の担い手として参画する体制の構築に向けたコーディネート機能を果たす

１．コーディネート機能及びコーディネーターの役割等

（１）コーディネート機能の考え方

〇地域の高齢者支援のニーズと地域資源の状況を把握した上で、地域における以下の取組を総合的に支援・推進。

① 担い手やサービスの開発、担い手をサービスにつなげる機能
② 支援者間のネットワーク化
③ 地域のニーズと地域資源のマッチング

〇コーディネート機能は、概ね以下の３層で展開。
当面は第１層・第２層の機能を充実し、基盤整備を推進していくことが重要。

① 第１層　市町村区域で、担い手やサービスの開発機能中心（プロモート、プロデュース機能）
② 第２層　小中学校区域で、第１層の機能の下、①～③を行う機能
③ 第３層　個々の生活支援サービスの事業主体で、利用者と提供者をマッチングする機能

高齢者支援のニーズを把握

〇社会的孤立の広がりニーズが見えにくい状態が広がっている、孤立が深い者ほど制度から漏れやすい

〇発見の仕組みづくり、対象者のもれない把握の仕組みづくりを協議体と協力し、多様な団体、事業者の参加を得て進める

〇ニーズは変化する、変化を把握できる仕組みを協議体と協力し進める

地域資源の状況を把握

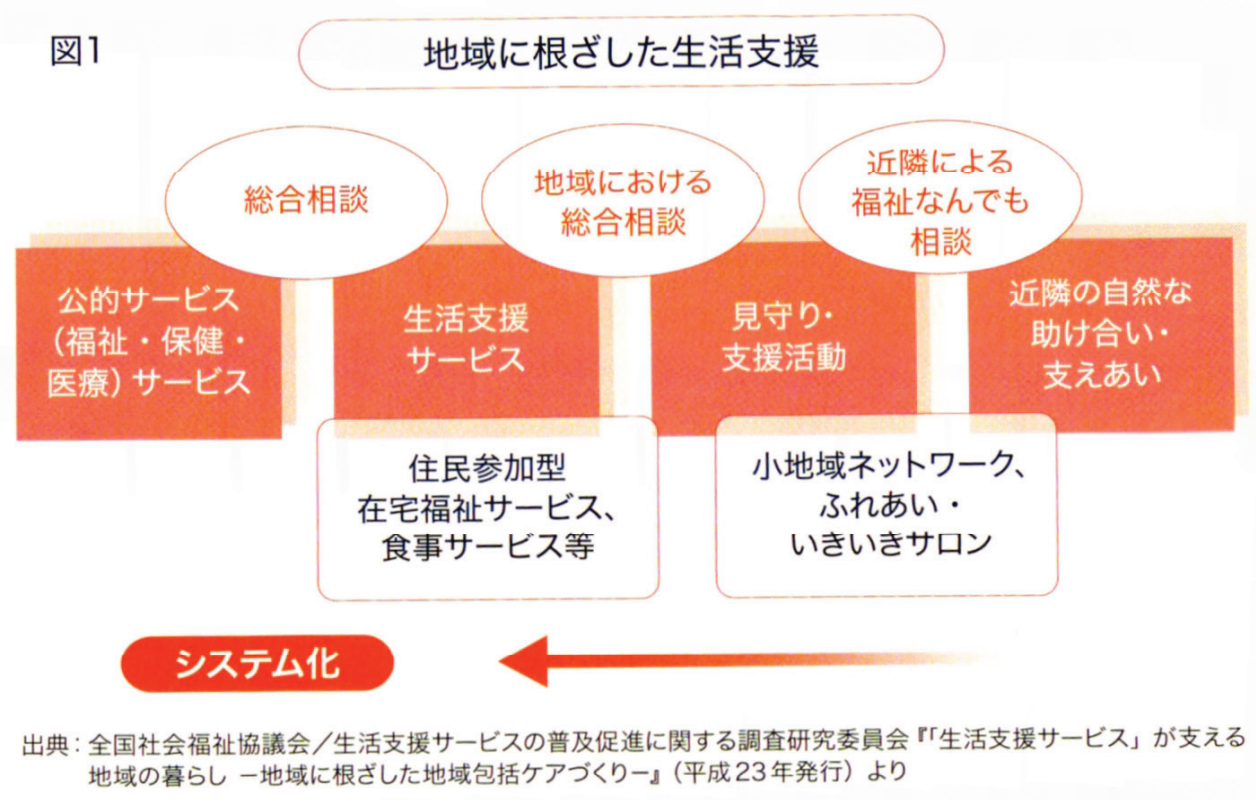
社会福祉における社会資源は「ニーズを充足するために用いられる有形、無形の資源」であり、福祉ニーズ充足のために、利用・動員される施設・設備、資金・品物、諸制度、技能、知識、人・集団などの有形、無形のハードウェア及びソフトウェアと定義される

〇供給主体別

フォーマルな社会資源、インフォーマルな社会資源に分類できる

〇フォーマルな社会資源

制度化された資源、行政サービス、許認可を受け公的サービスを提供する民間組織、団体をいう



出典：全国社会福祉協議会／生活支援サービスの普及促進に関する調査研究委員会『「生活支援サービス」が支える地域の暮らし －地域に根ざした地域包括ケアづくり－』（平成23年発行）より

9

地域の社会資源把握方法と着目点

＜地域全体の社会福祉の現状、課題の把握＞

○行政
各種統計、介護保険事業計画、老人保健福祉計画、地域福祉計画

○社会福祉協議会
各種調査、地域福祉活動計画、事業計画・報告

○社会資源の把握
・保健、医療、介護、福祉、環境、生活、消費者、警察、消防等の行政組織、民間組織、施設、介護事業者等
データベースを作成　役割り、業務、窓口、対応可能時間等
・地域の様々なグループ　当事者、家族、ボランティア、地縁組織、NPO、機能別の組織、趣味のグループ等
活動内容、連絡先等
・活動拠点、資金、専門家等

10

①　担い手やサービス、活動の開発、担い手をサービスにつなげる機能

〇担い手の開発
- **活動内容の明確化－目的、内容、頻度、場所**
- **担い手の募集**
- **研修**

〇担い手をサービスにつなげる
- **活動のオリエンテーション**
- **合意**
- **継続支援**

〇サービス、活動の開発
- **必要であれば社会資源の連携を促したり、調整し、不足する資源があれば、新しい社会資源を開発する**
- **個別支援を通して明確になった地域ニーズに対応し、必要なサービス、活動を開発する**
- **地域の生活支援の仕組みづくり**

②　支援者間のネットワーク化

〇プラットホーム型
- 目的を共有、緩やかな連携、出入り自由、様々な団体が縛られずに参加できる、目的達成すれば解散、参加しやすい

〇継続的組織の組織化型
- 継続的活動しやすい
- 社会的責任明確
- 参加を躊躇する団体が生じやすい

③地域のニーズと地域資源のマッチング

〇社会資源調整の考え方
3つの側面から考える
ⅰ 専門職と地域住民が協働できるような調整
ⅱ 専門職同士調整と連携が必要な調整
ⅲ地域住民同士が連携できるよう調整

〇地域ケア会議
地域包括支援センター、ケアマネジャー、ホームヘルパー、ボランティア、民生委員・児童委員、行政、社協、地縁組織、家族等で、情報・課題の共有、役割分担等を話し合い合意する

利用者と提供者をマッチングする機能

〇本人の内的資源をエンパワーメントしながらフォーマルな社会資源だけでなくインフォーマルな社会資源を活用する視点が重要

〇インフォーマルな資源は自発的活動が基本
→専門家主導の「活用」するという発想では力を十分発揮させられない

〇共感に基づく活動を重視
→生活支援サービスコーディネーターの基本的視点、協働する関係者の共通視点として広げる

コーディネーター及び協議体の考え方について③ （委員会で検討中の案）

２．協議体の役割

（１）協議体の設置目的

○　生活支援等の基盤整備に向けて、多様な主体の参画が求められることから、市町村が主体となって、「定期的な情報の共有・連携強化の場」として設置することにより、多様な主体間の情報共有及び連携・協働による資源開発等を推進することを目的とする。

（２）協議体の役割等

＜①．設置主体＞

○　市町村とコーディネーターが協力してネットワーク化を図る。

※　地域の実情に応じた様々なネットワーク化の手法が考えられるため、既に類似の目的を持ったネットワーク会議等が開催されている場合は、その枠組みを活用することも可能。

＜②．参画団体等＞

○　行政機関（市町村、地域包括支援センター等）

○　コーディネーター

○　地域における生活支援等の担い手（社会福祉協議会、NPO、社会福祉法人、協同組合、民間企業、ボランティア団体、介護サービス事業者等）

※　この他にも地域の実情に応じて参画者を募ることが望ましい。

＜③．協議体の立ち上げ＞

○　当面は、市町村が中心となり、協議の場を設けるなどし、関係者間の情報共有を目的としたグループワーク等の開催を行う。

○　コーディネーターは、上記に積極的に参画・関与することを通じて、徐々に対象者の範囲を広げることで、参画者の拡大や顔の見える関係づくりの推進に向けた主体的な役割を担う。

15

協議体の役割等

○目標の共有

元気な高齢者を始め住民が担い手として参加する住民主体の活動やＮＰＯ、ボランティア、民間企業、社会福祉協議会、社会福祉法人、協同組合などの多様な主体による多様なサービスの提供体制を構築し、高齢者を支える地域の支え合いの体制づくりを推進していく

○住民が担い手として参加する住民主体の活動の必要性、意義を共有する

○住民活動推進の基盤整備を図る

○活動者のコーディネートの在り方、受け入れ、活動の在り方について合意

○推進計画づくり、協働事業計画づくり、評価の実施

16